

Dialéctica cuerpo-enfermedad

Raquel Calvarro Arroyo*

Una enfermedad es una paradoja cultural. Parece encontrarse, por así decirlo en la naturaleza, pero es también inevitable y profundamente social.

Bryan S. Turner

Es importante dejar que el enfermo y no la enfermedad se exprese.

Menéndez

CORE

[Metadata, citation and similar papers at core.ac.](#)

provided by Revistas de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central de Chile

Resumen

La enfermedad es una alteración de la salud que a unos individuos les sorprende en periodos puntuales de su vida, mientras que en otros esta alteración se acuartela en su cuerpo, entrando a formar parte de su cotidianeidad. En estos periodos largos de convivencia con la enfermedad, ya no son los acontecimientos sociales y laborales los que determinan el ritmo del sujeto sino, las posibilidades que generosamente va autorizando la soberanía de la enfermedad.

Palabras clave: Cuerpo, enfermedad, Factores culturales, Rol del enfermo, Estilos de vida, Despersonalización de la enfermedad.

I. Breve análisis de la concepción sociológica de la discapacidad

Paralelamente a los debates que se genera en torno a la dialéctica de la existencia o no de una crisis de la sociedad salarial, el declive del valor del trabajo o la reformulación de éste (Offe, C. 1997, Meda, D. 1998, Alonso, L.E. 1999), así como la liberalización o no del tiempo de trabajo, a partir de las últimas décadas del siglo XX se ha desplegado, a distintos niveles, una política de empleo que “empuja” hacia el mercado laboral a sectores que hasta el momento permanecían legitimados al margen, considerados “pobres mere-

cedores”, “no capaces”, “improductivos”, “inútiles” estando históricamente cubiertas sus necesidades, en su mayor parte, en el seno de la institución familiar.

La cultura judeocristiana, se ha movido desde una concepción de la discapacidad como impureza y castigo divino recogida en el Antiguo Testamento, hasta una ideación en la que se considera que los enfermos, los discapacitados, junto con los pobres serán los primeros en el reino de los cielos porque lo que importa es la pureza de espíritu. (Allué, 2003).

Esta mirada piadosa y legitimada de la discapacidad se ha perpetuado en el tiempo, con los cambios propios del devenir de la

* Española, Trabajadora Social y Antropóloga Social por la U. Complutense de Madrid. Instituto de Rehabilitación Teletón. Alameda 4620. Santiago de Chile. rcalvarro@teleton.cl. El contenido de este artículo ha sido extraído de un estudio presentado en el año 2005 en la Universidad Complutense de Madrid para la obtención del grado D.E.A.

historia. En el siglo XVI Juan Luís Vives¹ escribe un tratado sobre las responsabilidades colectivas y públicas, se trata de una obra clásica con la que Vives trasciende a su época, hasta el punto que entre las propuestas de acción contra la pobreza habla de instrucción y rehabilitación profesional e incluso integración laboral, no sólo para los pobres sanos sino también para los afectados por deficiencias compatibles con un trabajo productivo.

“DE QUÉ MANERA SE HA DE PROCURAR EL MANTENIMIENTO DE TODOS ESTOS: Ante todo se ha de decretar lo que impuso el Señor a todo el género humano, como por multa del delito, a saber: que cada uno coma su pan adquirido por su trabajo (...). Se ha de tener consideración con la edad y el posible quebranto de la salud, pero con la precaución de que no nos engañen con ficción o pretexto de algún achaque, lo que acontece no raras veces (...) A los enfermos y a los viejos señálen-seles trabajos livianos, según su edad y el estado de su salud les consientan. Ninguno hay tan inválido a quien le falten las fuerzas en absoluto para hacer algo” Vives (1992, p 157-167)

Obsérvese que este tipo de discurso es el que se plasma, hoy día, en los distintos preámbulos de las políticas de empleo o en las políticas asistenciales. Así, en la misma línea, igualmente se continúa realizando una distinción entre los “pobres merecedores” y los “no merecedores” y se sigue adscribiendo a la población a su territorio para poder acceder, ortodoxamente a la asistencia social. Como muestra la obra de

¹ Vives, J.L. (1992) “Del socorro de los pobres” Editorial Hacer. Barcelona. El filósofo Vives escribe esta obra en 1525 a propuesta del prefecto de la ciudad de Bujas, impactado por la emergencia y visibilidad de la pobreza, especialmente en los burgos. De *subventium pauperum* consta de dos libros: el primero versa sobre las necesidades humanas y sobre la moral individual frente a la pobreza; el segundo se ocupa de las responsabilidades colectivas y públicas en el socorro a los pobres.

Vives, hasta el día de hoy se ha buscado el modo de que un actor social subordinado y dependiente pueda convertirse en un sujeto social pleno.

Tras el desmoronamiento del orden feudal, la sociedad liberal de la modernidad significó para los discapacitados un retroceso, puesto que se les condenó a la caridad y se les recluyó en asilos pero ni había asilos para recoger a ciegos mendigos, ni, como era de esperar, los ciegos mendigos querían ser recluidos en asilos u hospicios (Garvía, 1997. Citado en Allué, 2003).

El colectivo de personas con discapacidad o enfermos crónicos forma parte de los “pobres merecedores”, que han permanecido legítimamente, por siglos, al margen de la actividad productiva formal, quedando postergados (en caso de necesidad) a actividades informales, empleos no reconocidos, empleos no deseados, mendicidad, sin olvidar la presencia histórica que éstos han tenido en el ambiente del espectáculo o la farándula, debido principalmente al impacto visual que el aspecto físico generaba en el resto de la sociedad.

Si Vives incluyó al enfermo o lisiado dentro de la categoría de “pobre merecedor” legitimando así su condición, siglos más tarde, Parsons hablará del “rol del enfermo” como posición social con normas de conductas apropiadas (Turner, 1984, pp. 88). Parsons (Parsons, 1951) señalaba, acerca del enfermo que a éste:

No se le puede considerar responsable ya que su situación es involuntaria,

Su enfermedad es una causa legítima para que no tenga que cumplir sus obligaciones habituales.

El paciente debe cooperar en el proceso de recuperación

Esta teoría, hoy en desuso, ha sido altamente criticada por su etnocentrismo, por

la consideración del rol pasivo del enfermo, por estimar que el modelo no es aplicable a todo tipo de enfermedades... Aun así, el “rol del enfermo” justifica, frente a la comunidad y determinadas instituciones como la familia o el colegio, un modo de vida diferente, en el que el nivel de exigencia frente a proyecciones a largo plazo queda relegado bajo la consideración de que “bastante tiene con la rehabilitación o la enfermedad que padece”.

En las últimas décadas del siglo XX y el actual periodo de transición al siglo XXI, momento caracterizado principalmente por una crisis en la institución familiar y por una incapacidad financiera de los Estados para hacer frente a todas las necesidades sociales, tal como sucediera en el siglo XVI, pese a reconocer las limitaciones de la población con discapacidad, se ha hecho económicamente más “conveniente”, indagar en las capacidades con las que cuenta este colectivo de personas con alguna discapacidad física, psíquica o sensorial y las posibilidades reales que tienen de insertarse en el mercado laboral.

Pero esta “conveniente integración” se presenta en un momento crítico en el que a nivel mundial, confluyen dos circunstancias:

- 1º Una situación de desempleo que lejos de ser coyuntural ha pasado a ser estructural e inherente al actual mercado de trabajo, y
- 2º Una consolidada estigmatización de improductividad que se considera innata en la población con discapacidad.

Nos situamos así en un mercado laboral exigente y competitivo en el que el colectivo con discapacidad, además de ser portador de una tremenda carga de mitos, estereotipos y estigmas, presenta historias vitales que nos narran infancias en las que, lejos de prepararse para una vida laboral competi-

tiva, se han entregado al duro trabajo de la rehabilitación, con el objetivo principal de llegar a adultos en el mejor estado físico y mental posible, aunque, en más casos de los deseados, hayan alcanzado esta meta desprovistos de los utensilios imprescindibles para desarrollar las competencias sociales y laborales indispensables a fin de alcanzar una autonomía plena en la etapa adulta.

II. La enfermedad como fenómeno social

“...el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y (...) el enfermo no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar”

David Le Breton

El descubrimiento del bacilo de la tuberculosis por Pasteur y Koch como explicación científica de la enfermedad, la Ilustración con su concepción holística del hombre, los inicios del capitalismo y del Estado liberal cuya manifestación principal la tenemos en la Revolución Industrial, son hitos que confluyen y marcan el momento en el que, como señalan Comelles y Martínez Hernández (1993), es inevitable relacionar los problemas urbanos y las lacras sociales con el origen de las enfermedades. En este contexto, para la medicina, cuyo rol igualmente estaba definiéndose, los estudios sociales fueron de gran interés, pues los médicos que trabajan en áreas urbanas, pronto comprendieron que para fomentar la salud y luchar contra la enfermedad eran necesarias medidas tanto sociales como médicas.

Así, es como desde los años sesenta comienza a cobrar especial relevancia los contextos socioculturales en el estudio de las enfermedades. La enfermedad no es una entidad sino un modelo explicativo. La enfermedad pertenece a la cultura y la cultura no es sólo un medio de representar

la enfermedad sino que es esencial para su propia constitución como una realidad humana (Good, 2003:93, 109). Igualmente para Turner el interés de conceptos como “enfermedad” y “malestar” está en las categorías socioculturales que describen la condición de las personas más que la de su carne, huesos y nervios.

Con lo expuesto hasta aquí, se puede concretar que el objeto o interés de este ensayo, se centraliza en tres claves fundamentales:

1º Observar cómo modela la cultura el proceso de búsqueda de salud. Las aportaciones de antropólogos como Fábrega, Good, Kleinman o Young, sientan las bases para llegar a constituir una rama de la antropología que toma como referencia central la experiencia de la enfermedad a fin de comprender su dimensión como fenómeno en un contexto sociocultural preciso.

La antropología médica se ocupa a fondo de cuestiones de biología y de cultura, del sufrimiento humano y de los rituales para afrontar los trastornos y peligros que puedan acechar a la persona, y por tanto, de la investigación de la experiencia humana... Good (2003, p25-26)

2º Considerar que no es la patología en sí el objeto de interés sino su dimensión sociocultural, en la medida que como escribe Good, modela el mundo vital del individuo, la significación cambia y adquieren importancia cosas muy distintas en nuestra vida.

3º No perder de vista la interacción entre la enfermedad como proceso y/o padecimiento que modela, somete y limita al “cuerpo” y los factores culturales², condiciones de vida o estilos de vida (Menéndez, 1998) como el principal ropaje con el que el individuo y su entorno sociocultural encaran la enfermedad y definen estrate-

gias a fin de superar ese estado anómalo que rompe la cotidianidad.

En este sentido, es de suma importancia tener presente en la interacción médico-paciente los aportes narrativos que los enfermos hacen del proceso de su dolencia así como de la narración de sus estrategias de acomodación a la cotidianidad, teniendo en cuenta las restricciones u oportunidades de su entorno. Igualmente es importante tener en cuenta la percepción subjetiva que tiene el enfermo acerca de su estado de salud, y la trama (Good, 2003:264) u orden en el que presenta o hila sus experiencias vividas mostrando los acontecimientos más significativos. La trascendencia otorgada a los aportes subjetivos responden al criterio metodológico y técnico de tratar de acercarnos en un grado más al entendimiento de las elecciones, y acciones relevantes que los sujetos adoptan en su trayectoria vital marcada por la enfermedad.

Cabe apreciar que tales percepciones y experiencias corporales y sociales alcanzan la objetividad rigurosa y responden a categorías culturales socialmente internalizadas en el contexto socioeconómico que vive el enfermo.

Adentrarnos en los estilos de vida y de enfermedad de los enfermos permite entender cómo éstos y sus familiares enfrentan la enfermedad y/o discapacidad, al tiempo que construyen el día a día en el mediano y largo plazo. En unos casos se impondrá la voluntad en la consecución de las metas personales mientras que en otros se observará cómo los ritmos personales son guiados por los requerimientos biológicos del cuerpo comprometiendo tanto la forma de sociabilidad como la perspectiva temporal.

² Costumbres, tradiciones familiares, condicionantes religiosos, valores, clase social, nivel socioeconómico y educacional.

RITMO VOLUNTARIO/ RITMO BIOLÓGICO

Cabe mencionar el tratamiento metafórico que realiza Turner (1984:218) del par cuerpo/política cuando considera las nociones gobierno del cuerpo y anarquía del cuerpo para contraponer los conceptos de control, decisión, voluntad, responsabilidad, equilibrio, disciplina a las concepciones de deseo, involuntad, vicio, orgía.

Turner se está refiriendo a categorías de valorización a partir de las cuales el sujeto construye su estilo de vida y con ello se percibe y se define así mismo. Valores incorporados en una etapa de socialización bajo el modelaje e influencia de importantes factores ambientales, económicos y culturales que en muchos casos, como señala Menéndez limitan o impiden las posibilidades de elección e igualmente de decisión.

Llegando a este punto, cabe hacer un paréntesis en el camino de la argumentación para aclarar que si bien a Menéndez y otros autores, les interesaba el análisis de los estilos de vida de sistemas donde los individuos interactúan, con el objeto de describir procesos económicos y sociales, premonitores de consecuencias adversas esperadas³, en este análisis que nos ocupa, el acercamiento a los estilos de vida de los informantes va a posibilitar comprender el tipo de respuesta que éstos dan en su condición de enfermos crónicos o discapacitados, al proceso de enfermedad con el fin de encarar de mejor manera su inclusión social, educativa y/o laboral al interior de su propia cultura, o lo que es lo mismo, nos acerca un poco más al modo en que el individuo supera los límites que le impone su cuerpo trascendiendo a la naturaleza a partir del ordenamiento cultural (Turner: 1984)

³ Concepto ampliamente utilizado en el estudio de las conductas de riesgo relacionadas con la adquisición de determinadas enfermedades, adicciones y violencia.

III. La trascendencia cultural.

Las variaciones físicas, bien las consideremos incapacidades, anomalías o disminuciones, se relacionan estrictamente con las expectativas de la cultura en la que una persona vive, las tareas que se le exige y el sentido que una persona o personas puedan asignar a una variación en sí. (...), para hablar de una incapacidad tenemos que referirnos siempre a la cultura en donde se produce tal variante. (...) es patente que la disminución no se halla en el cuerpo ni en la persona, sino que está en función de la sociedad en que esa persona vive. Lee Meyerson⁴, (1973, p3-81)

La consideración por parte de la biomedicina, de los factores culturales y del contexto en el que interacciona el individuo ha sufrido fluctuaciones en el último tiempo. A partir de los años sesenta ha cobrado un peso creciente la idea de que los fenómenos etiquetados como enfermedades no son sólo realidades biológicas sino también son construcciones humanas producto de contextos socioculturales concretos y por ello, sólo comprensible desde las coordenadas específicas de los mismos. Perdiguero y Comelles (2000:71-79)

⁴ (1920-2002) Pionero en el campo de la psicología de la rehabilitación. Catedrático y posterior profesor Emeritus de la Universidad del Estado de Arizona. Después de los años, su trabajo aun está considerado como una de las mejores técnicas para analizar la incapacidad, usando el contexto del espacio y del ambiente de la vida de una persona para establecer concretas técnicas terapéuticas. Lee Meyerson a través de la teoría de la Somatopsicología argumenta que si bien pueden establecerse algún tipo de correlaciones entre el cuerpo (como herramienta que permite o no determinadas destrezas físicas) y la conducta del individuo, en realidad su esfuerzo se centra en resaltar la idea de que *los hombres son también organismos sociales*. En esta medida el autor coloca en una posición central la cultural señalando que las variaciones físicas son la regla y no la excepción entre los distintos pueblos de la tierra, y como sugieren todas las teorías ambientalistas, Lee Meyerson mantiene que *no podemos decir que una persona posee una incapacidad sin especificar la situación en la que debe desenvolverse*.

Una postura más neoliberal⁵ surgirá durante la década de los ochenta y considera que las leyes de la biología se bastan para explicar tanto las enfermedades como la propia naturaleza y organización social humana.

Le Breton, refiriéndose a la crisis de la biomedicina y al flujo de pacientes a medicinas alternativas, señala que el médico despersonaliza la enfermedad. No se la ve como la herencia de la aventura individual de un hombre en un espacio y en un tiempo, sino como la falta anónima de una función o un órgano. (Le Breton 1995:179).

Pese a lo señalado en los dos párrafos anteriores, el reconocimiento de que el buen estado de salud depende de los recursos, valores y comportamiento de los individuos, familias y comunidades (Robles, Perdiguero y Bernabeu 2000, pp45-53) ha sido fundamental para comprender la transición sanitaria⁶ llevada a cabo especialmente en la segunda mitad del siglo XX.

Así hoy día, en una consideración macro y superada la mirada biologicista, nadie se atreve a negar que factores culturales como la religión, la higiene y alimentación, los medios de comunicación, la renta, las costumbres, condicionan el nivel sanitario de una comunidad y que en función de estos mismo factores el abordaje de un tratamiento debiera variar de un sujeto a otro. La enfermedad ha dejado de entenderse en términos estrictamente biológico para abordarse como fenómeno eminentemente social. Pero, ¿hasta qué punto el tratante particular tiene en cuenta estas variables

para proyectar en el paciente el tratamiento pertinente?

Menéndez (en Comelles y Perdiguero, 2000: 163-188) en sus investigaciones acerca de la sanidad latinoamericana realiza una serie de apreciaciones bien concretas referente a por qué son tan escasos el uso de factores socioculturales en biomedicina aun cuando se reconozca su importancia para la adhesión del paciente al tratamiento y modificar la situación considerada negativa.

El autor concluye señalando que el aparato médico sanitario estima secundarios los factores culturales aunque reconozca su importancia y no usan los factores culturales porque:

- No sabría cómo utilizarlos porque carece de formación profesional para ello.
- Su uso supondría la modificación de estructuras culturales de alto nivel de complejidad.
- La aplicación de técnicas antropológicas sólo tendría efectos a largo plazo.
- La experiencia histórica ha demostrado que es con el transcurrir del tiempo, como los colectivos sociales modifican su comportamiento en la vida cotidiana, incorporando así a largo plazo, determinadas concepciones biomédicas en su acervo cultural.

A estos puntos, Menéndez añade que la exclusión de la palabra del paciente en la relación terapéutica es otro proceso importante que limita o impide la utilización de los factores culturales.

El componente social de la enfermedad, que han resaltado Good y Fábrega, o los factores culturales y ambientales señalados por Menéndez, Perdiguero, Comelles,

⁵ Reverdecimiento de las tesis deterministas en línea con los supuestos del neodarwinismo social y de la sociobiología. (Arrizabalaga, en Comelles y Perdiguero, 2000, pp.71-81).

⁶ A través de la cual se explican los cambios sociales, culturales y de comportamiento que han ocurrido paralelo a los cambios epidemiológicos y que la transición epidemiológica no recoge.

Arrizabalanga, son precisamente el dispositivo que carga de subjetividad las diferentes respuestas que los individuos procuran frente a la enfermedad y de ahí la importancia que se le otorga al contexto en el que vive el sujeto y el discurso que mantiene acerca de su enfermedad y del proceso que está viviendo.

IV. La dimensión corporal de la enfermedad

“Mi cuerpo constituye un entorno natural sobre el cual yo ejerzo control, pero el cual, asimismo, me impone restricciones”.

Bryan S. Turner

“El cuerpo es el presente-ausente, al mismo tiempo pivote de la inserción del hombre en el tejido del mundo y soporte sine qua non de todas las prácticas sociales; sólo existe, para la conciencia del sujeto, en los momentos en que deja de cumplir con sus funciones habituales, cuando desaparece la rutina de la vida cotidiana o cuando se rompe el silencio de los órganos”

David Le Breton

Aunque como señala Csordas una releitura de las fuentes más antiguas, probablemente ofrezca una sorprendente riqueza de conocimiento sobre corporabilidad en la historia de la disciplina, lo cierto es que ha sido a partir de los años 70, y especialmente en las décadas de los 80 y 90, cuando el cuerpo se ha convertido en un tema de interés etnográfico. En este sentido, el cuerpo pasó del anonimato, borrando u obviándose su implicación en las interacciones sociales, para en la actualidad constituirse en un “problema” objeto de estudio dentro de la disciplina.

Kleinman (1995:75) señala que con la investigación los etnógrafos buscan describir las categorías que los informante

emplean en cuanto al cuerpo, al yo, a la salud, a la enfermedad y a la curación, el etnógrafo interpreta el efecto de estos significados en el contexto sociopolítico, en la forma en que el grupo experimenta el sufrimiento y responde a la enfermedad (...) la forma en la que la enfermedad altera las relaciones sociales, quiebra los patrones de interacción con las instituciones claves y transforma la conducta personal.

Este alcance nos lleva a considerar que la enfermedad cuando se prolonga en el tiempo, trasciende a la propia patología diagnosticada clínicamente, haciéndose patente en los distintos ámbitos en los que el individuo interactúa: familia, educación, empleo, política, economía etc., así, como señala Good (2003), una antropología de la enfermedad y el sufrimiento ha de afrontar ámbitos de violencia política, dislocación y trauma social como parte del panorama cotidiano.

En el compartir diario con hombres y mujeres que sufren una dolencia, una enfermedad o una discapacidad, como persona y como etnógrafa, he tomado conciencia de la importancia protagónica, del cuerpo en las interacciones sociales y la alienación y estigmatización que el individuo puede llegar a sufrir ante la disminución de sus capacidades funcionales. En nuestras sociedades, si ponemos atención al discurso cotidiano, no se habla de la discapacidad sino del discapacitado, reduciendo al ser humano a su condición funcional como si fuese su esencia como sujeto el ser discapacitado, más que poseer una discapacidad. (Le Breton, 1995:137) Cuando se reduce la persona total a lo menospreciado, el atributo es un estigma⁷ que a veces recibe también

⁷ Los griegos crearon el término de ESTIGMA para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien lo presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor (una persona corrupta, ritualmente deshonrada, a

el nombre de defecto, falla o desventaja. En nuestro discurso cotidiano utilizamos como fuente de metáforas e imágenes términos específicamente referidos al estigma, tales como individuo inválido, bastardo y tarado, sin acordarnos de su significado real (Goffman, 1970).

En esta misma línea, Good, comentando a Schutz (1971) señala que nuestro cuerpo es el sujeto de nuestras acciones, a través del que experimentamos, comprendemos y actuamos en el mundo. Para muchos [enfermos] las actividades médicas terminan por dominar sus vidas, modelando cada vez más sus vidas de acuerdo con el mundo de las clínicas y las terapias. Ciertamente, las irrationalidades de la medicina en tanto que institución social y política a menudo contribuyen, tanto abierta como sutilmente, a la destrucción del mundo cotidiano del paciente. De tal forma que los ritmos normales personales, sociales son a menudo subvertidos, modelados de acuerdo con las exigencias del cuerpo (Good: 2003:242).

Con lo expuesto se puede visualizar como el individuo se mueve continuamente entre dos niveles de exigencias que fijan el binomio cuerpo/sociedad. El cuerpo está en la sociedad imbricado en la cultura y la cultura forma parte de los procesos corporales de percepción y de representación del mundo. El cuerpo se constituye en esta línea argumentativa como sujeto que está en el mundo, que percibe y que se representa el mundo en función de sus experiencias. La búsqueda de la salud, la concepción de la enfermedad, la familia, el manejo de las emociones son construcciones culturales que como mantiene Goodenough permiten al individuo vivir dentro de una sociedad (Csordas, 1999). Para Mary Douglas, el

quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos) GOFFMAN, E. (1970): "Estigma. La identidad deteriorada". Amorrortu editores. Buenos Aires. (Ed. Original 1963).

cuerpo está moldeado por las fuerzas sociales siendo metafóricamente asimilado a un trozo de greda o una tabla rasa sobre la cual la sociedad impone sus códigos.

Por otro lado, el cuerpo limita al individuo a responder a los requerimientos y las exigencias que la sociedad le impone o en términos de Merleau-Ponty (1964) la enfermedad somete al hombre a los ritmos vitales de su cuerpo ya que como igualmente mantiene Le Breton el cuerpo es el recinto del sujeto, el lugar de sus límites y de su libertad.

"Mi cuerpo constituye un entorno natural sobre el cual yo ejerzo control, pero el cual, asimismo, me impone restricciones (...). Una enfermedad puede apreciarse como una invasión (...), la cual tiene la consecuencia de perturbar o refrenar mis relaciones y actividades sociales cotidianas". Turner (1984, p. 279-281)

Así en la aceptación moderna de la dualidad hombre/cuerpo⁸ a partir del nuevo imaginario que surge del cuerpo durante los años sesenta, en el que éste se convierte en el primer factor de individualización y distinción frente a los demás⁹ a la persona con discapacidad, el cuerpo le impide participar plenamente en las actividades cotidianas, llegando a establecerse en numerosos casos una relación de vasallaje o de dependencia debido a las limitaciones que éste impone en las prácticas sociales.

Frente a esta individualización del cuerpo en la distinción cuerpo/hombre y frente a las limitaciones que de manera bilateral imponen al cuerpo las exigencias sociales y culturales, cabe señalar que no siempre el hombre o mujer con disca-

⁸ Interesante análisis realizado por Le Bretón en su libro Antropología del cuerpo y modernidad, 1995.

⁹ Emile Durkheim en Formas elementales de la vida religiosa, 1968 sostiene que para distinguir a un individuo de otro es necesario un factor de individualización y el cuerpo cumple ese rol.

pacidad o enfermedad crónica, tiene conciencia de ser diferente o de estar sometido a limitaciones corporales que desde fuera pudiéramos reparar o reconocer como tales, incluso cómo sostiene Le Bretón pueden seguir sintiéndose normal y sufrir por las miradas que no dejan de recibir.

En este sentido, la trama de hábitos y rutinas que se van creando con el devenir del tiempo y que constituyen la vida cotidiana, pueden también llevar a fusionar los actos del sujeto con su cuerpo, volviendo a éste último invisible y ritualmente borrado por la repetición incansable de las mismas situaciones (Le Breton, 1995) como parte intrínseca de toda una vida de convivencia con la enfermedad. Así la imagen del cuerpo que el individuo se forja, siguiendo a Le Bretón, [y sus expectativas de logro funcional] se moldea de acuerdo con su paso por la vida, siendo finalmente la resultante

de la influencia del medio y de la historia personal del sujeto.

Después de la lectura de este breve ensayo que versa sobre la importancia de tener en cuenta los aspectos culturales en los que están imbricados los procesos de enfermedad, insto a los profesionales, especialmente de la salud a relacionarse de un modo más amplio con el sujeto portador de una enfermedad o discapacidad, los tratamientos de la enfermedad, la percepción del cuerpo, la imbricación de estos sujetos con discapacidad o enfermedad crónica en su entorno social, sus estilos de vida y las estrategias desarrolladas para posibilitar su interacción con el entorno... El individuo enfermo es más que eso, y es precisamente ese grado el que más indicadores pueden darnos de su proceso de enfermedad, de su pronóstico y por ende, de su mejor tratamiento.

Bibliografía

- Allué, M. (2003): “DisCapacitados. La reivindicación de la desigualdad en la diferencia”. Barcelona. Edicions bellaterra.
- Alonso, L.E. (1999): “Trabajo y ciudadanía. Estudio sobre la crisis de la sociedad salarial”. Madrid. Editorial Trotta Fundación 1º de Mayo.
- Comelles, J. y Martínez, A. (1993): Enfermedad, Cultura y Sociedad. Salamanca. Eudema.
- Csordas, T.J., (1999): “The Body’s Career in Anthropology” in *Anthropological Theory Today*. Henrietta Moore, (Ed). Cambridge UK: Polity Press. 172-205.
- De Miguel, J.M. y Kenny M. (comps.) (1980): “La Antropología Médica en España”. Barcelona. Editorial Anagrama.
- Doeringer, P. “El paro y el ‘mercado dual de trabajo” en TOHARIA L. (1999): “El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones”. Madrid (1ª edición 1983) Alianza Universidad
- Durkheim, E. (1968): Formas elementales de la vida religiosa. Buenos Aires Editorial Schapire.
- Goffman, E. (1970): “Estigma. La identidad deteriorada”. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Good, B.J. (2003): Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona. Edicions bellaterra.
- Jahoda. M. (1987): Empleo y desempleo: un análisis socio-psicológico. Madrid Morata.
- Kleinman, A. (1995): Writing at the margins. Discourse between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press.
- Le Bretón, D. (1995): “Antropología del cuerpo y modernidad”. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Meda, D.: (1998) “El trabajo. Un valor en peligro de extinción”. Gedisa. Barcelona.
- Menéndez, E.L. (1998): Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En revista Estudios Sociológicos, n° 46.
- Meyerson, L. (1973): Somatopsicología de las incapacidades físicas. En Cruickshank W.M. (Dr. Editorial) “Psicología de los niños y jóvenes marginales”. Editorial Prentice/hall Internacional. Madrid, 3-81.
- Offe, C. (1997): ¿Qué crisis?: retos y transformaciones de la sociedad de trabajo [con otros], San Sebastián. Tercera Prensa.
- Perdiguero, E., Comelles, J.M. (2000): Medicina y Cultura. Estudios sobre la antropología y la medicina. Barcelona. Edicions bellaterra.

- Pujadas, J.J., Comelles, JM, Prat, J. (1980): La antropología médica en España. Barcelona Anagrama.
- Racionero, L. (1993): “Del paro al ocio”. Barcelona. Anagrama, Colección Argumentos.
- Turner, B.S. (1984): “El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social”. México. Fondo de Cultura Económica.
- Valera, J. Y Álvarez-Uría, F. (1989): “Sujetos frágiles. Ensayos de sociología de la desviación”. México. Paideia.
- Velasco, H. y Díaz De Rada, A. (1997): “La lógica de la investigación etnográfica”. Madrid. Editorial Trotta.
- Vives, J.L. (1992): “Del socorro de los pobres” Barcelona Editorial Hacer.